

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,  
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,  
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2015

**Актуальность.** В настоящее время существует ряд способов хирургического лечения эвентрации в гнойную рану. Так, известен способ [1], который заключается в ушивании передней брюшной стенки (основной ряд швов) с дополнительным применением страхующих швов. Перед ушиванием производится хирургическая обработка гнойной раны, состоящая в иссечении некротизированных тканей. Основные швы накладывают послойно или одновременно через все слои брюшной стенки. Страхующие (разгружающие) швы накладывают через все слои брюшной стенки на расстоянии 3-4 см друг от друга, отступив от основных швов на 2-2,5 см. Первоначально затягивают основные, а затем страхующие швы, которые фиксируют на 2 толстых (1,5-2 см) хлорвиниловых трубках, уложенных на коже параллельно длине раны. Однако данный способ не обеспечивает равномерного снижения нагрузки на основной ряд швов на всём протяжении операционной раны, так как трубки на коже не являются жёстким каркасом для страхующих швов, проведенных через все слои брюшной стенки.

Известен способ, который заключается в проведении металлических спиц через края раны перпендикулярно к её длине на расстоянии 3-5 см от края раны по типу металлических швов [2]. В дальнейшем на концы спиц накладывают устройство, позволяющее сблизить края раны при помощи речно-винтового привода. Петли кишечника защищают поролоновой губкой, пропитанной 10% раствором ксимедона. Однако для применения способа необходимо специальное устройство.

Известен способ [3], который заключается в подшивании сетчатого эндопротеза из полипропилена во внутрибрюшном положении эндоскопической скорняжной иглой к брюшной стенке. В послеоперационном периоде рану ведут открытым способом с последующим ушиванием. Однако способ состоит из нескольких этапов, для его осуществления необходимы специальный сетчатый протез для внутрибрюшинной фиксации, эндоскопическая скорняжная игла, кроме того при его использовании могут образовываться кишечные свищи.

Известен способ [4], согласно которому сверху вниз, прокалывая кожу, проводят спицу Киришнера таким образом, чтобы она вошла во влагалище прямой мышцы живота у верхнего угла раны, а вышла из него на кожу у нижнего угла раны. В результате спицы проводят параллельно краям раны с двух сторон и концы их остаются выступающими над кожей живота. Длину спиц подбирают соответственно размерам раны. Затем производят хирургическую обработку раны с удалением старых лигатур. После этого чрезкожно, с захватом спиц с наружной стороны, накладывают удерживающие швы, проводя толстую лавсановую нить между апоневрозом и брюшиной краёв раны. Швы отстоят друг от друга на 4-5 см. Далее, начиная с нижнего угла раны, накладывают швы на апоневроз лавсановой нитью. При их завязывании сближают края раны, сводя концы нитей удерживающих швов.

Удерживающие швы завязывают. Между швами рану дренируют резиновыми выпускниками. Концы спиц загибают и для предотвращения травмирования кожи покрывают полосками лейкопластыря или на них надевают отрезки резиновых трубок. Удерживающие швы могут быть сняты в любое время при заживлении раны. Загнутые концы спиц отсекают и спицы удаляют. Его недостатками являются: хирургическая обработка не включает иссечение краёв гнойной раны, что сохраняет высокую бактериальную обсеменённость раневой поверхности; спицы проводят через влагалище прямых мышц живота, что технически сложно у людей с гиперстеническим телосложением, ожирением и обширными ранами передней брюшной стенки; удерживающие швы фиксируют только на спице, что не исключает прорезывание нитей через кожу и подкожную клетчатку; швы на кожу и подкожную клетчатку не накладывают, что приводит к плохой адаптации краёв раны.

**Цель.** Разработать способ хирургического лечения эвентрации в гнойную рану, позволяющий снизить частоту послеоперационных осложнений.

**Материал и методы.** Операция по предложенному методу выполнена двум мужчинам добровольцам 85 и 70 лет с эвентрацией в гнойную рану после операции по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения и левосторонней гемиколэктомии по поводу дивертикулярной болезни, соответственно, находящимся на лечении в отделении проктологии Центральной городской клинической больницы города Витебска в 2013-2014 годах.

**Результаты и обсуждение.** Способ осуществляется следующим образом. Производят хирургическую обработку с иссечением краёв гнойной раны. Рану тщательно обрабатывают 1% раствором диоксида с экспозицией 5 минут и осушивают. Зажимами Микулича захватывают края апоневроза и поднимают брюшную стенку. После этого, под контролем зрения и пальцев снизу вверх через кожу, подкожную клетчатку максимально близко к апоневрозу на расстоянии 5 см от края раны проводят спицу Киришнера диаметром 2 мм таким образом, чтобы она вошла под кожу ниже нижнего угла раны, а вышла на кожу выше верхнего угла раны. В результате спицы проводят параллельно краям раны с двух сторон и концы их остаются выступающими над кожей живота. Длину спиц подбирают соответственно размерам раны. После этого чрезкожно, с захватом спиц с наружной стороны, большой изогнутой иглой накладывают удерживающие швы, проводя толстую капроновую нить между апоневрозом и брюшиной краёв раны. В результате нить захватывает обе спицы. Швы отстоят друг от друга на 4-5 см. Укладывают две силиконовые трубки диаметром 1 см параллельно длине раны внутри от мест прохождения нитей удерживающих швов через кожу. Трубки фиксируют к коже отдельными узловыми швами толстой капроновой нитью на расстоянии 4-5 см друг от друга. Затем накладывают швы на апоневроз капроновой нитью, которые завязывают, сближая

края раны сводя нити удерживающих швов. Удерживающие швы завязывают. Кожу и подкожную клетчатку ушивают одним рядом простых узловых швов. Между швами рану дренируют резиновыми выпускниками. Удерживающие швы снимают после заживления раны, спицы удаляют.

У оперированных пациентов раны зажили, швы сняты на 14 сутки.

Получена приоритетная справка на патент на изобретение «Способ хирургического лечения эвентрации в гнойную рану» (заявка № а 2140213).

#### Выводы

1. При использовании предложенного способа создаются благоприятные условия для заживления операционной раны. 2. Способ может использо-

ваться для хирургического лечения эвентрации в гнойную рану.

#### Литература

1. Гостищев, В.К. Оперативная гнойная хирургия / В.К. Гостищев. – М. : Медицина, 1996. – С. 199–201.
2. Измайлов, С.Г. Аппаратный способ лечения эвентраций / С.Г. Измайлов // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 55–58.
3. Способ лечения эвентрации в гнойную рану : пат. РФ 2355321.
4. Костин, А.Е. Лечение и профилактика послеоперационных эвентраций / А.Е.Костин // Хирургия. – 1999. – № 9. – С. 22–24.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА ВИТЕБСКА

Федянин С.Д., Окулич В.К., Коваленко А.А., Криштопов Л.Е., Сачек М.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Антибактериальная терапия является одним из важных звеньев лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями на фоне комплексного консервативного и хирургического лечения [1, 2].

В настоящее время является весьма проблемным проведение антибиотикотерапии хирургических инфекций, вызванных экзогенными аэробными и факультативно-анаэробными, часто нозокомиальными микроорганизмами, которые характеризуются многообразием возбудителей, способностью передачи от пациента к пациенту и медработника к пациенту, низкой чувствительностью к антибиотикам, высокими темпами роста резистентности и множественной устойчивостью. Это диктует необходимость детального изучения этиологической структуры данных экзогенных возбудителей и их резистентности к антибиотикам с последующей разработкой схем рациональной антибиотикотерапии для конкретного отделения стационара [3, 4, 5].

**Цель.** Произвести сравнительный анализ резистентности микрофлоры к антибиотикам в РНПЦ «Инфекция в хирургии» на базе отделения гнойной хирургии Витебской областной клинической больницы (ВОКБ) и отделении проктологии Центральной городской клинической больницы города Витебска (ЦКБ).

**Материал и методы.** На базе бактериологической лаборатории РНПЦ «Инфекция в хирургии» в период с 2010 по 2012 год обследованы бактериологическими методами 258 пациентов, находящихся на лечении в ВОКБ и 49 пациентов с хирургической инфекцией из ЦКБ.

Для выделения стрептококков использовали 5% кровяной Колумбия-агар, стафилококки выделяли на высокоселективном желточно-солевом агаре с азидом натрия, для кишечной группы бактерий использовали среду Эндо с генциан-фиолетовым, псевдомонады выделяли на среде ЦПХ, посев на микробы группы протей производили по методу Шукевича.

Идентификация микроорганизмов проводилась с помощью тест-систем на биохимическом анализаторе АТВ Expression фирмы «bioMerieux» (Франция) и с использованием разработанной нами тест-системы «ИД-ЭНТЕР» для идентификации энтеробактерий. Оценку чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводили на биохимическом анализаторе АТВ Expression фирмы «bioMerieux», а также с помощью разработанных нами тест-систем «АБ-СТАФ», «АБ-ПСЕВ», «АБ-ЭНТЕР», «АБ-ГРАМ (-)» для определения чувствительности стафилококков, псевдомонад, энтеробактерий и грамотрицательной флоры.

**Результаты и обсуждение.** От 258 больных ВОКБ выделено 115 (44,27%) микроорганизмов представителей рода *Staphylococcus*, 75 штаммов (34,06%) семейства *Enterobacteriaceae*, 28 штаммов (11,24%) *Paeruginosa*, 24 штамма *Acinetobacter spp.* (9,64%), 7 штаммов (2,81%) *S.pyogenes*. Отрицательные результаты первичных посевов получены при исследовании микрофлоры в 3 случаях.

От 49 пациентов с хирургической инфекцией из ЦКБ выделено 30 штаммов (41,67%) семейства *Enterobacteriaceae*, 27 (37,5%) представителей *S.aureus*, 8 штаммов (11,11%) *Paeruginosa*, 4 штамма *Acinetobacter spp.* (5,56%), 2 штамма (2,78%) *Enterococcus spp.* и один изолят *Gemella haemolysans* (1,39%). Отрицательные результаты первичных посевов получены при исследовании микрофлоры в 1 случае.

В ВОКБ отмечена достоверно более высокая устойчивость штаммов золотистого стафилококка к оксацилину (55,2% и 26,92%, соответственно;  $p<0,01$ ), клиндамицину (70% и 38,09%, соответственно;  $p<0,01$ ), амикацину (36% и 9%, соответственно;  $p<0,001$ ).

Изоляты энтеробактерий в ВОКБ продемонстрировали достоверно более высокие уровни резистентности к меропенему (6,5% и 0%, соот-